

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ  
**«БЕЛГОРОДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ  
ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»  
( Н И У « Б е л Г У » )**

МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ  
МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ

**ЦМК Терапевтических дисциплин**

## **ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ФЕЛЬДШЕРА ПРИ ОСТРЫХ АЛЛЕРГОЗАХ**

**Дипломная работа студентки**

**очной формы обучения  
специальности 31.02.01 Лечебное дело  
4 курса группы 03051521  
Пономаренко Анастасии Алексеевны**

Научный руководитель  
преподаватель Смирнова Т.В.

Рецензент  
Врач пульмонологического отделения  
ОГБУЗ «Городская больница № 2  
г. Белгорода» Андреева Н.П.

**БЕЛГОРОД 2019**

## ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	3
ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ЛИТЕРАТУРЫ ПО ИЗУЧЕНИЮ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ФЕЛЬДШЕРА ПРИ ОСТРЫХ АЛЛЕРГОЗАХ.....	5
1.1. Определение аллергии. Типы аллергических реакций. Виды аллергенов. Этиопатогенез. Факторы риска.....	5
1.2. Острые аллергозы. Клиника. Неотложная помощь. Дифференциальная диагностика. Осложнения. Профилактика. ....	7
ГЛАВА 2. ПРАКТИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ФЕЛЬДШЕРА ПРИ ОСТРЫХ АЛЛЕРГОЗАХ .....	19
2.1. Результаты собственного исследования .....	19
2.2. Рекомендации для профилактики острых аллергозов.....	36
ЗАКЛЮЧЕНИЕ .....	38
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ.....	41
ПРИЛОЖЕНИЕ .....	41

## ВВЕДЕНИЕ

**Актуальность:** Аллергические заболевания — одна из важнейших проблем XXI века, получивших широкое распространение в социальной, медицинской и экономической сферах общества. В условиях нашего времени она является особенно актуальной. Частота возникновения аллергозов с каждым годом неизменно возрастает, и это подразумевает под собой необходимость поиска новых методов лечения и профилактики.

За последние два десятилетия аллергия все чаще стала проявляться в ярко выраженной форме. Согласно медицинской статистике, за последние 25 лет аллергические заболевания возросли втрое, им подвержен каждый пятый человек, живущий на планете, а в крупных городах аллергическими реакциями страдает до 60% населения.

Подобное стремительное возрастание данной патологии связано со значительным повышением аллергенной нагрузки на человека, изменением климата и экологической обстановки, многочисленными стрессами и многими другими факторами. Еще немаловажным является факт, что по прогнозам российских специалистов в области иммунологии, к 2025 году значительная часть россиян будет страдать какой-либо формой аллергии.

Разрешение проблем помощи фельдшера на догоспитальном этапе так же занимает особое место в данном исследовании и требует дальнейшего изучения и разработки. Поскольку в практической деятельности медицинский работник нередко сталкивается с аллергозами, его первоочередные задачи — найти причины аллергии и остановить ее прогрессирование, так как отличительной особенностью острых аллергических реакций является непредсказуемое течение с риском развития угрозы для жизни человека.

Вследствие всего вышеперечисленного, выбор данной темы представляется весьма актуальным для рассмотрения.

**Цель:** определить профессиональную деятельность фельдшера в диагностике и оказании неотложной помощи при острых аллергозах.

**Теоретическая значимость:** определение современных статистических и клинических данных по проблеме острых аллергозов.

**Практическая значимость:** разработать рекомендации фельдшеру по диагностике и оказанию неотложной помощи при острых аллергозах.

**Задачи:** в соответствии с указанной целью поставлены следующие задачи:

1. Изучить и проанализировать литературные и другие источники информации по данной теме.
2. Дать характеристику острым аллергозам.
3. Выявить особенности профессиональной деятельности фельдшера при острых аллергозах.
4. Провести анкетирование по заболеваемости пациентов с острыми аллергозами.
5. Провести анализ полученных результатов исследования.
6. Дать рекомендации по профилактике острых аллергозов.

**Объект исследования:** пациенты с острыми аллергозами.

**Предмет исследования:** профессиональная деятельность фельдшера среди пациентов с острыми аллергозами.

**Методы исследования:**

1. Научно-теоретический анализ медицинской литературы по данной теме.
2. Социологический метод (анкетирование, интервьюирование).
3. Организационный (сравнительный, комплексный) метод.
4. Статистический метод (статистическая обработка информационных данных, историй болезни).

**База исследования:** пульмонологическое отделение ОГБУЗ «Городская больница № 2 города Белгорода»

**Время исследования:** 2019 г.

# **ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ЛИТЕРАТУРЫ ПО ИЗУЧЕНИЮ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ФЕЛЬДШЕРА ПРИ ОСТРЫХ АЛЛЕРГОЗАХ**

## **1.1. Определение аллергии. Типы аллергических реакций. Виды аллергенов. Этиопатогенез. Факторы риска.**

«Аллергозы – группа заболеваний, основой развития которых является аллергия. К острым аллергозам относят анафилактический шок, отек Квинке (ангионевротический отек) и крапивницу.

Аллергия – это реакция, которая развивается в ответ на повторное введение аллергена. В свою очередь, аллергены – это вещества, способные вызывать реакцию аллергического типа. Выделяют 2 вида аллергенов:

- экзогенные: пыльцевые, лекарственные, промышленные, химические, бытовые, пищевые, инфекционные (вирусы, бактерии и т.д.);
- эндогенные: белки ткани изменяются из-за определенных воздействий на них, иммунная система начинает вырабатывать аутоантитела и перестает распознавать собственные ткани организма.

Для оценки прогноза и выяснения необходимого объема лекарственной терапии, реакции аллергического типа подразделяются на:

- легкие: аллергический конъюнктивит (сезонный или круглогодичный), аллергический ринит (сезонный или круглогодичный), и т.д.;
- средней тяжести и тяжелые: обострение бронхиальной астмы среднетяжелого характера, крапивница, отек Квинке, анафилактический шок.

Так же аллергические реакции классифицируются на реакции немедленного (от нескольких минут до 1–1,5 часов) и замедленного (развиваются через сутки или более) типов. К реакциям замедленного типа относятся экзема, контактные дерматиты, аллергический васкулит и т.п. К реакциям немедленного типа, о которых подробнее будет сказано ниже, относятся крапивница, отек Квинке и анафилактический шок» [5, с. 144].

Что касается этиологии, из часто вызывающих аллергические реакции аллергенов можно выделить:

1. Пищевые: клубника, цитрусовые, яйца, шоколад, орехи, грибы, молоко, морепродукты и др.
2. Бытовые: домашняя пыль.
3. Пыльцевые: ива, ольха, береза, тополь, пыльца луговых трав, различных сорняков и культурных растений.
4. Лекарственные: сульфаниламиды, пенициллины, анестетики, анальгетики, вакцины, нестероидные противовоспалительные и белковые средства, а так же рентгеноконтрастные вещества.
5. Укусы насекомых: пчел, ос, шмелей, шершней и др.
6. Физические факторы: тепло, холод, ультрафиолетовое излучение.
7. Прочие: шерсть животных, косметика и т.д.

«В течение аллергических реакций, вне зависимости от видов и механизмов их возникновения, всегда выделяют три стадии:

1. Иммунологическая. Этот период начинает свое течение в результате начального контакта с аллергеном, а далее возникает развитие сенсибилизации. Под термином «сенсибилизация» понимают чрезмерную восприимчивость организма к какому-либо раздражителю. Ее влияние распространяется на иммунную систему, начиная от момента попадания раздражителя в организм. Помимо этого, сенсибилизация участвует в создании антител или уже сенсибилизированных Т-лимфоцитов, а так же обеспечивает их соединение с попавшим во второй раз или уже персистирующим в самом организме аллергеном.

2. Патохимическая. Она характеризуется образованием новых и выделением уже находящихся в организме накопленных биологически активных веществ-медиаторов, которые запускают иммунное воспаление, вследствие чего нарушается функция какого-либо органа. Причиной выделения этих веществ служит соединение непосредственно аллергена с антителами или уже сенсибилизированными Т-лимфоцитами при завершении первой стадии.

3. Патофизиологическая. По-другому ее называют стадией клинических проявлений, поскольку в ней происходит резкое усиление реактивных процессов в ответ на раздражение, то есть наступает гиперергическое воспаление. Это происходит вследствие патологического воздействия медиаторов аллергической реакции на клетки, ткани и органы всего организма.

Стоит подчеркнуть, что у части аллергических реакций (к примеру, анафилактических) через некоторое время после клинической симптоматики возможна временная гипосенсибилизация (снижение чувствительности), а затем снова начинается гиперсенсибилизация» [9, с. 34].

Среди значительных факторов риска развития аллергических реакций можно выделить:

1. Наследственность: при наличии аллергии в семье у одного из родителей имеется немалый риск развития аллергии у ребенка, а при наличии аллергии у обоих родителей риск значительно возрастает.

2. Смена характера питания.

3. Внезапное ухудшение экологии.

4. Бесконтрольный прием лекарственных средств.

5. Вредные привычки.

6. Массовое использование различных косметических средств и синтетических товаров.

7. Высокая интенсивность развития всех видов промышленности без соблюдения различных мер охраны природы.

8. Появление ранее неизвестных аллергенов.

9. Постоянное массовое продвижение различных средств дезинфекции и их прочное внедрение в быт.

**1.2. Острые аллергозы. Клиника. Неотложная помощь. Дифференциальная диагностика. Осложнения. Профилактика.**

Крапивница – заболевание аллергического характера, особенностью которого является появление и быстрое распространение на коже высыпаний, представляющих собой отек локализованного участка.

### Клиника

Клинически крапивница проявляется следующим образом:

#### 1. Жалобы:

- острое (внезапное) начало заболевания;
- сильный кожный зуд (генерализованный или локальный);
- сыпь (генерализованная или локальная) с гиперемизированной периферией и бледным центром, редко – с образованием пузырей, размером от 1–2 до 10 мм;
- общая слабость, быстрая утомляемость, головные боли, головокружение, тахикардия, одышка, ухудшение аппетита, повышенная температура тела (при генерализованном течении).

#### 2. Данные анамнеза заболевания и анамнеза жизни.

3. Осмотр: кожа покрыта сыпью, отечная, красная. Первичным ее элементом является волдырь. Вначале сыпь розового цвета, элементы в диаметре от 1 до 10 мм. По мере развития заболевания (несколько часов) волдырь бледнеет в центре, но периферическая его часть сохраняет гиперемию. Волдырь приподнимается над кожей, в этом месте появляется зуд. Реже можно выявить элементы в виде пузырьков с серозным содержимым. Кожные элементы чаще всего расположены отдельно, но при сыпи генерализованного характера они могут сливаться и образовывать необычные структуры. Изредка можно встретить высыпания на слизистых оболочках рта.

Длительность эпизода острой крапивницы колеблется чаще всего от нескольких часов до 3–4 суток.

### Дифференциальная диагностика

Своевременность дифференциальной диагностики является основополагающим условием ведения пациентов с острой крапивницей. Ранняя



диагностика заболеваний позволит своевременно начать обусловленную терапию и предупредить возможные осложнения.

Крапивницу можно дифференцировать с диффузным нейродермитом. Данная болезнь, в отличие от крапивницы сопровождается шелушением и сухостью кожных покровов или же, наоборот, мокнутием (отделением серозного экссудата через мелкие дефекты кожи). Область локализации: шея, запястья, коленные и локтевые сгибы, голеностоп.

Так же можно дифференцировать крапивницу с уртикарным васкулитом. Суть этого заболевания в том, что оно поражает кожные покровы и сопровождается высыпаниями с волдырями. Отличительными чертами волдыря при уртикарном васкулите являются уплотнения, петехии, гиперпигментация временного характера на участке воспаления. При этом чаще больные жалуются не на зуд, а на жжение и болезненность. Помимо этого, часто уртикарный васкулит сопровождается и системными проявлениями (абдоминальными симптомами, артралгией и др.).

Для точной диагностики острой крапивницы зачастую вполне достаточно правильного сбора анамнеза, физикальных обследований, а также результатов общего анализа крови и мочи.

#### Неотложная помощь

«Принципом неотложной помощи при крапивнице является проведение мероприятий, способствующих нормализации функции иммунной системы, блокировке поступления возбудителя и выведению его из организма, а также предотвращению последующего образования волдырей, чтобы облегчить проявление и симптомы крапивницы.

Данные мероприятия включают в себя:

1. По возможности, прекращение дальнейшего поступления предполагаемого аллергена в организм.
2. Очищение желудочно-кишечного тракта (прием солевых слабительных, промывание желудка), если возбудитель поступил перорально.

3. Антигистаминные средства: Преднизолон 3–6 мг/кг веса внутривенно, или Супрастин 2 мл внутривенно, или Дексаметазон 2–3 мг/кг веса внутривенно.

4. Симптоматическая терапия.

5. Показания к госпитализации – отсутствие эффекта от проводимой терапии» [8, с. 82].

#### Осложнения

Самыми тяжелыми осложнениями крапивницы являются отек Квинке (ангионевротический отек) и анафилактический шок. О них будет подробно рассказано ниже.

#### Профилактика

1. По возможности полностью исключить контакт с выявленным аллергеном.

2. Регулярный курс поддерживающей терапии, направленной на понижение чувствительности к провоцирующим факторам острой крапивницы.

3. Проводить лечение, используя только те препараты, которые назначает доктор.

#### Отек Квинке

«Отек Квинке (ангионевротический отек) – это ограниченный отек с четкими краями, распространяющийся на слизистые оболочки, кожу и подкожную клетчатку.

#### Клиника

1. Для отека Квинке характерно острое начало и стремительное развитие (чаще всего, на протяжении нескольких минут).

2. Ангионевротический отек развивается на органах и частях тела с развитым слоем подкожного жира и проявляется следующими признаками:

3. Отек органов дыхательной системы, чаще – гортани.

4. Общее тревожное состояние пациента.

5. Кожные покровы в области лица сначала приобретают синий, затем бледный оттенок.

6. Наблюдается снижение давления, тахикардия или брадикардия, повышенное потоотделение;

7. Иногда патология сопровождается спутанностью сознания, нарушением координации, заторможенностью.

8. Плотный, не зудящий локальный отек различных участков лица (губ, век, щек).

9. Отек слизистых ротовой полости – языка, мягкого неба, миндалин.

10. В тяжелых случаях – отек области мочеполового тракта, головного мозга и органов желудочно-кишечного тракта.

11. При пальпации отек Квинке ощущается как безболезненное уплотнение, при надавливании на него пальцем вмятины не остается. Нередко ангионевротический отек проявляется на фоне крапивницы» [6, с. 604].

#### Дифференциальная диагностика

Диагностика ангионевротического отека имеет решающее значение в целях определения последующей тактики лечения. Отек Квинке, как правило, можно дифференцировать с наследственным ангионевротическим отеком. В отличие от аллергического отека Квинке, данный отек:

1. Чаще проявляется в детстве, так же в наличии отягощенный наследственный анамнез (отеки у родственников).

2. Факторами, провоцирующими его, являются давление, микротравмы или стресс, при этом начало носит постепенный характер (13-36 часов) с последующей за этим регрессией (в течение 1 или 3 дней).

3. Для него не характерно сочетание с крапивницей.

4. У пациента не отягощенный аллергологический анамнез.

5. Лечение антигистаминными препаратами и глюкокортикостероидами – не эффективно.

#### Неотложная помощь.

При остром отеке Квинке неотложная терапия на догоспитальном этапе строится на следующих мероприятиях:

1. «Прекращение дальнейшего поступления в организм предполагаемого аллергена: в случае укуса/ужаления насекомого или реакции на лекарственное средство, введенное парентерально – наложение жгута выше места укуса или инъекции на 25 минут (каждые 10 минут нужно ослаблять жгут на 1 или 2 минуты). К месту укуса или инъекции приложить лед или грелку с холодной водой на 15 мин. Плюс ко всему является обязательным обкалывание в 5 или 6 точках места укуса или инъекции 0,3–0,5 мл 0,1% раствора Адреналина, смешанного с 4,5 мл изотонического раствора Хлорида натрия.

2. Противоаллергическая терапия (глюкокортикостероиды): Преднизолон, вводится внутривенно (взрослым – 60–150 мг, детям – из расчета 2 мг на 1 кг массы тела). Бетаметазон (Дипроспан) эффективен при сочетании крапивницы с отеком Квинке (вводится 1–2 мл внутримышечно). Для предотвращения влияния гистамина на ткани необходимо комбинировать антигистаминные препараты нового поколения с глюкокортикоидами (Семпрекс, Кларитин, Кларотадин).

3. Симптоматическая терапия: при бронхоспазме показано ингаляционное введение через небулайзер  $\beta$ -агонистов и других противовоспалительных и бронхолитических препаратов. Восполнение объема циркулирующей крови и коррекцию артериальной гипотонии осуществляют с помощью введения коллоидных и солевых растворов (изотонического раствора Хлорида натрия 500–1000 мл, Полиглюкина 500 мл). Применение вазопрессорных аминов (до достижения уровня систолического давления 90 мм. рт. ст. используются Допамин 400 мг на 500 мл 5% Глюкозы, Норадреналин 0,2–2 мл на 500 мл 5% раствора Глюкозы) допустимо только после восполнения объема циркулирующей крови. В случае брадикардии можно ввести Атропин в дозе 0,3–0,5 мг подкожно (повторяют каждые 10 минут при необходимости). Так же показана кислородотерапия при наличии одышки, цианоза, сухих хрипов.

4. После оказания неотложной помощи больной должен быть госпитализирован для дальнейшего наблюдения в стационар» [3, с. 544].

Осложнения:

Самым наиболее угрожающим жизни осложнением является отек гортани с прогрессирующими признаками острой дыхательной недостаточности. Показателями отека гортани являются:

1. Лающий кашель.
2. Охриплость голоса.
3. Нарастающее затруднение дыхания.

Отек слизистой желудочно-кишечного тракта может давать признаки острой абдоминальной патологии, при этом возможны диспепсические расстройства, усиление перистальтики кишечника, острая боль в животе, иногда – симптомы острого живота.

Поражение урогенитальной системы может проявляться симптомами острого цистита и нарушением мочеиспускания.

Самой жизнеопасной является локализация отека на лице, так как при этом имеется большая вероятность вовлечения в процесс мозговых оболочек, что проявляется менингеальными симптомами, а так же головной болью, головокружением, общей слабостью, заторможенностью, тошнотой и рвотой.

При несвоевременном оказании или отсутствии квалифицированной неотложной помощи отек способен повлечь за собой летальный исход.

Профилактика:

Профилактика при отеке Квинке включает в себя некоторые правила по образу жизни и питанию и ряд гигиенических мероприятий, благодаря которым можно избежать развития этого опасного для жизни и здоровья состояния. Вот некоторые из них:

1. Соблюдать гипоаллергенную диету и устранить контакт с аллергеном – в случае аллергической причины отека.
2. Следует с осторожностью принимать ингибиторы АПФ (Каптоприл, Эналаприл) лицам, в семье у которых уже бывали случаи отека Квинке. Если по причине применения данных препаратов возник эпизод отека Квинке, то их следует заменить препаратами другой группы.

3. Предупреждать врача о возможной положительной реакции при проведении тех или иных медицинских манипуляций.

4. Превентивно принимать антигистаминные препараты в период цветения растений.

#### Анафилактический шок

«Анафилактический шок – это генерализованная аллергическая реакция немедленного типа, которая развивается остро и является жизнеугрожающей для человека.

Клиника:

Клиника анафилактического шока многообразна, но чаще всего у большей части больных развивается классическая клиническая форма шока. Ее признаки:

1. Остро возникшее (через 3–30 минут после парентерального введения лекарственного средства или в течение 2 часов после приема аллергенной пищи) состояние дискомфорта с ощущениями тревоги, страха смерти.

2. Чувство озноба или жара.

3. Внезапная слабость.

4. Покалывание или зуд кожи.

5. Чувство нехватки воздуха, невозможность сделать вдох.

6. Боль в области сердца.

7. Ощущение стеснения в грудной клетке.

8. Гиперемия или бледность кожных покровов.

9. Резкая головная боль.

10. Головокружение.

11. Ухудшение слуха и зрения.

12. Чуть позже могут возникнуть тошнота, рвота, тахикардия, резкое снижение артериального давления.

13. В дальнейшем возможно появление судорог (клонических или тонических), нитевидного пульса, холодного, липкого пота, расширения зрачков, потери сознания, отека гортани и языка.

При несвоевременном оказании медицинской помощи смерть может наступить в течение 5–30 мин. при проявлениях асфиксии, или же через 24–48 часов в связи с необратимыми изменениями в функции жизненно важных органов и систем» [10, с. 369].

#### Дифференциальная диагностика

«Отличие анафилактического шока от обычного, даже продолжительного обморока в том, что при развитии анафилаксии (кроме молниеносной формы), сознание пациента в течение определенного времени сохранено. Изначально больной беспокоен, жалуется на появление зуда кожи, сердцебиение, появляется бледность кожных покровов, а затем – расстройство дыхания» [7, с. 137].

Травматический же шок, в отличие от анафилактического, имеет характерную начальную фазу возбуждения, когда больной чрезмерно разговорчив и подвижен. При этом артериальное давление фиксируется как нормальное или немного повышенное, в то время как при анафилаксии оно значительно снижается.

Так же анафилактический шок можно дифференцировать с гиповолемией. Несмотря на схожую клинику (кожа бледная, цианотичная, холодный, липкий пот, резкое снижение артериального давления), и здесь имеются свои отличительные признаки. «При гиповолемии у пациента отсутствует беспокойство, зуд кожи, затруднение дыхания и другие симптомы, которые характерны для острой аллергической реакции. Для уточнения клинического состояния, прежде всего, необходимо устранить причины кровотечения и выраженной потери жидкости (обильное потоотделение, рвота).

Что же касается острой сердечной недостаточности, то она никак не связана с повторным введением в организм антигена и не имеет острого и внезапного начала. Схожесть клинических проявлений заключается в наличии удушья инспираторного типа, цианоза, влажных хрипов, прослушивающихся в легких. Как и при анафилаксии, у пациента имеется значительная тахикардия,

но в данном случае артериальное давление практически не изменяется так, как при анафилактическом шоке.

Так же и диагноз инфаркта миокарда основывается, прежде всего, на анамнестических данных (частые приступы стенокардии). Как и при анафилаксии, у больного отмечается чувство стеснения за грудиной, бледность кожных покровов, резкая слабость, нарушение зрения и слуха, но во время инфаркта появляются так же и длительные загрудинные боли, иррадиирующие в одну или обе руки, наблюдаются изменения на электрокардиограмме. Плюс ко всему употребление нитроглицерина не облегчает состояния больного» [1, с. 428].

Дифференцирование анафилактического шока с эпилепсией также основывается на правильно собранном анамнезе. Одним из первых признаков эпилепсии, в отличие от анафилаксии, служат внезапные обмороки, а после – судороги, гиперемия лица, обильное слюноотделение (пена).

#### Неотложная помощь

«С появлением ранних признаков острой аллергической реакции немедленного типа необходимо:

1. Придать больному горизонтальное положение и привести нижние конечности в возвышенное положение.
2. Каждые 3–5 мин проверять параметры жизненно важных функций организма (артериальное давление, пульс, частота дыхательных движений).
3. Если анафилаксия возникла после инъекции лекарственного средства, необходимо ввести 3–5 мл 0,1% раствора Адреналина в место предыдущей инъекции.
4. Так же необходимо обколоть место инъекции 0,1% раствором Адреналина в количестве 1 мл/кг с 10 мл Хлорида натрия.
5. Осуществлять ингаляции кислорода со скоростью 8–10 л/мин и поддерживать свободную проходимость дыхательных путей.
6. Ввести внутривенно струйно Гидрокортизон (5 мг/кг массы тела, около 250 мг).



7. Ввести антигистаминные препараты: 1% раствор Димедрола (1–2 мл внутримышечно) или 2% раствор Супрастина (1–2 мл внутривенно или внутримышечно).

8. При наличии бронхоспазма внутривенно медленно вводим 10 мл 2,4% раствора Эуфиллина.

9. При необходимости больному проводятся непрямой массаж сердца или искусственная вентиляция легких;

10. Обязательно госпитализировать пациента в стационар для полного обследования и составления плана лечения в виду возможности рецидива анафилаксии» [4, с. 400].

#### Осложнения

Осложнения анафилактического шока могут проявляться отложено, т.е. даже в срок до нескольких недель. Поэтому больной нуждается в тщательном и длительном наблюдении. Возможными осложнениями шока могут быть:

1. Отек Квинке.
2. Рецидивирующая крапивница.
3. Отек легких.
4. Аллергический миокардит.
5. Сердечная недостаточность.
6. Бронхиальная астма.
7. Гепатит.
8. Эпилепсия.
9. Инфаркт миокарда.
10. Гломерулонефрит.
11. «Шоковое легкое», «шоковая печень» или «шоковая почка».
12. Аутоиммунные заболевания.
13. Различные кровотечения или поражения нервной системы.

#### Профилактика:

«Профилактика анафилактического шока заключается в соблюдении следующих рекомендаций:

1. Воздерживаться от приема лекарственных препаратов, которые ранее вызывали аллергические реакции, или прочих, которые могут обладать повышенной алергоактивностью.

2. Уклоняться от посещения мест с высокой вероятностью контакта с насекомыми.

3. Избегать лечения препаратами, которые обладают повышенным риском развития анафилактических реакций, особенно у пациентов, уже страдающих аллергическими заболеваниями.

4. Отказаться от косметических и парфюмерных средств с резким запахом.

5. Пациентам, у которых уже бывали случаи анафилактического шока, нужно иметь при себе набор для экстренного введения лекарственных средств и обязательно уметь им пользоваться.

6. Обязательно предупреждать врача об уже имеющемся аллергонanamнезе (при проведении различных исследований с применением рентгеноконтрастного вещества).

7. Пациентам с отягощенным аллергологическим анамнезом лучше отдавать предпочтение пероральному применению лекарственных препаратов» [2, с. 705].

## ГЛАВА 2. ПРАКТИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ФЕЛЬДШЕРА ПРИ ОСТРЫХ АЛЛЕРГОЗАХ

### 2.1. Результаты собственного исследования

Исследование проводилось на базе пульмонологического отделения ОГБУЗ «Городской больницы № 2 г. Белгорода» методом анкетирования.

В исследовании приняли участие 30 человек. В результате исследовательской работы были выявлены следующие данные.

По полу большую часть пациентов составляют женщины (70%), и 30% составляют мужчины (Рис.1. Соотношение по половой принадлежности).

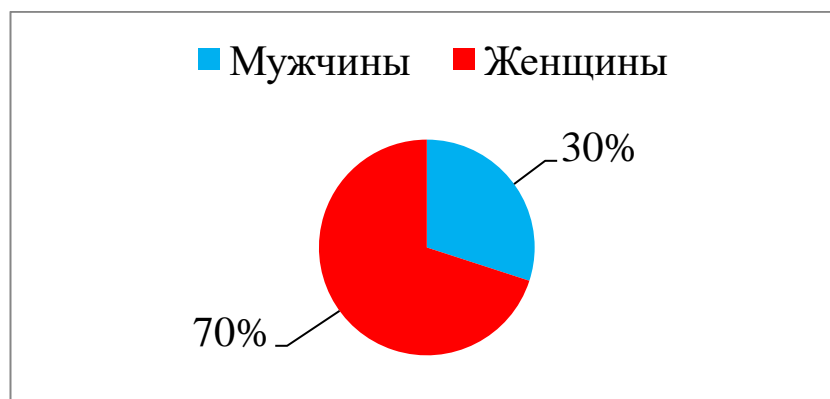


Рис.1. Соотношение по половой принадлежности

Соотношение пациентов по возрасту: от 30 до 40 лет – 57%, от 40 до 50 лет – 23%, до 30 лет – 13%, а от 50 и старше всего 7%. (Рис.2. Соотношение пациентов по возрасту).

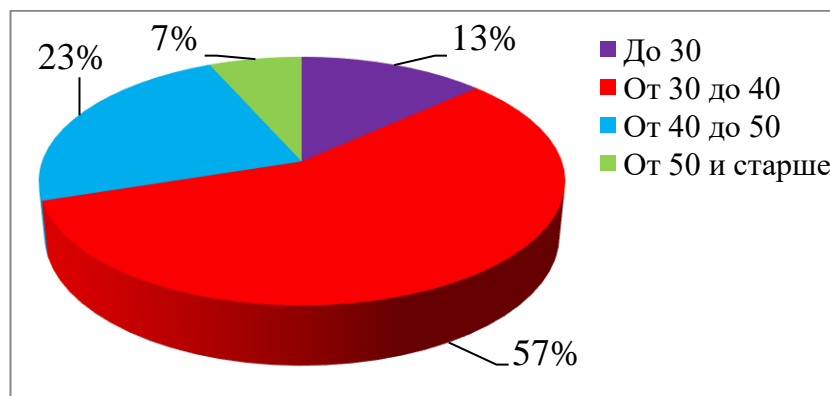


Рис.2. Соотношение пациентов по возрасту

Исходя из результатов анкетирования, можно прийти к выводу о том, что большинство (73%) опрошенных больных проживают в городской местности, а оставшиеся 27% – в сельской (Рис.3. Местность проживания).

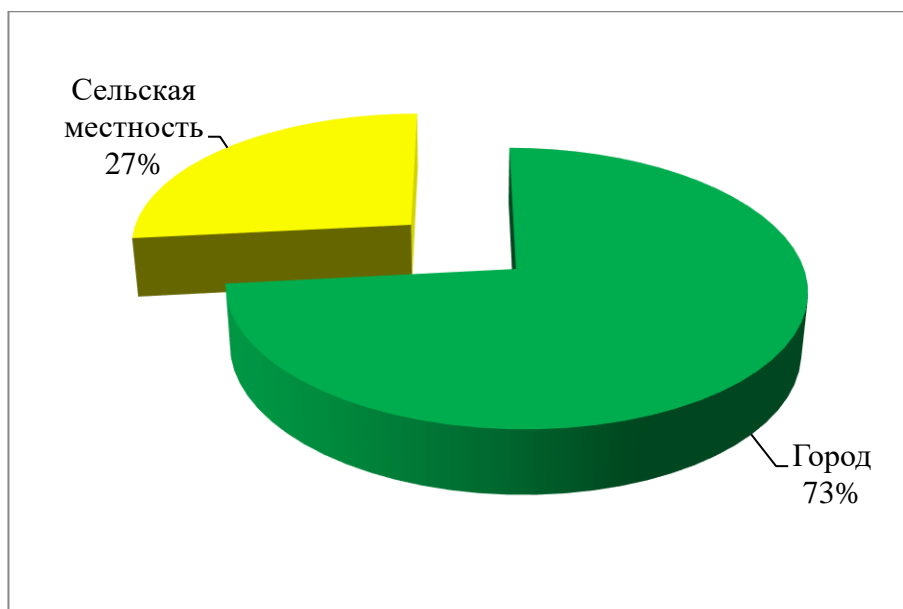


Рис.3. Местность проживания

Семейное положение анкетлируемых пациентов выглядит следующим образом: в браке состоят 50% опрошенных; одинокие, в разводе, вдовствующие соответственно составляли 27%, 17% и 6% пациентов. В результате вышесказанного можно убедиться, что большинство пациентов состоят в браке (Рис.4. Семейное положение).

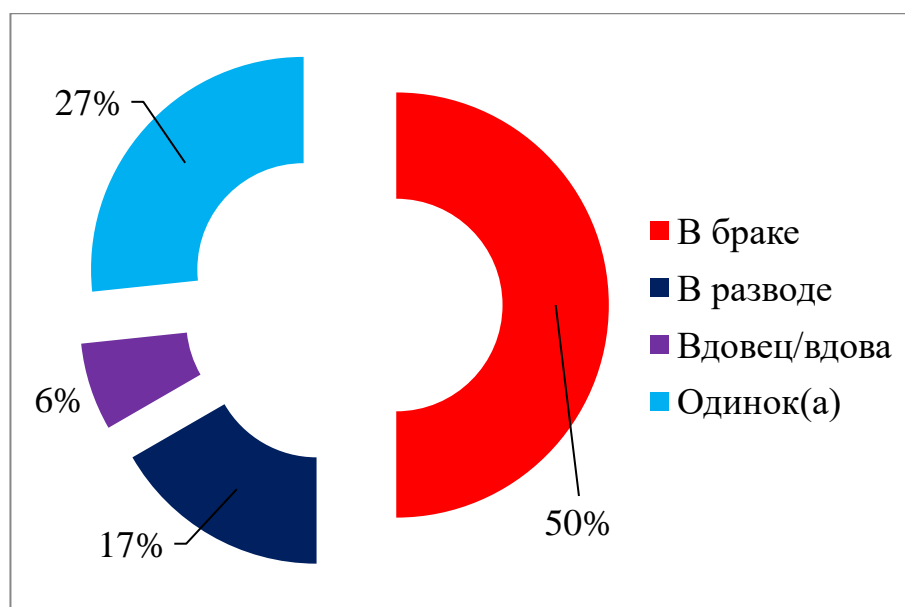


Рис.4. Семейное положение

В соответствии с итогами анкетирования, в настоящее время (80%) пациентов работают. Без работы находится 10% опрошенных. Пенсионеры составляют 7%, а инвалиды 3%. Таким образом, можно наблюдать тенденцию к проявлению данного заболевания чаще у лиц работоспособного возраста (Рис.5. Социальное положение).

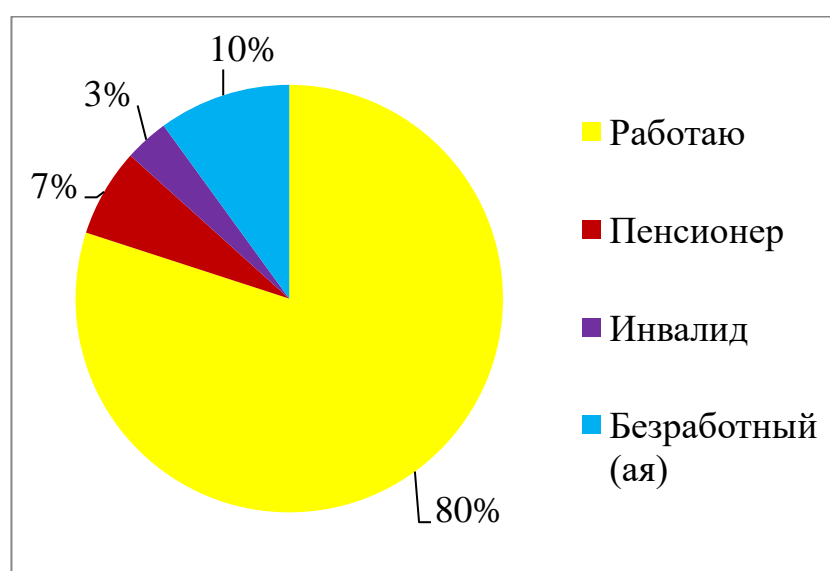


Рис.5. Социальное положение

Беря во внимание полученные результаты, можно увидеть, что о своем заболевании знают 93% опрошенных, а не знают ничего о своём заболевании

7% пациентов. То есть, в подавляющем большинстве больные знают, каким заболеванием они страдают (Рис.6. Знание о своём заболевании).

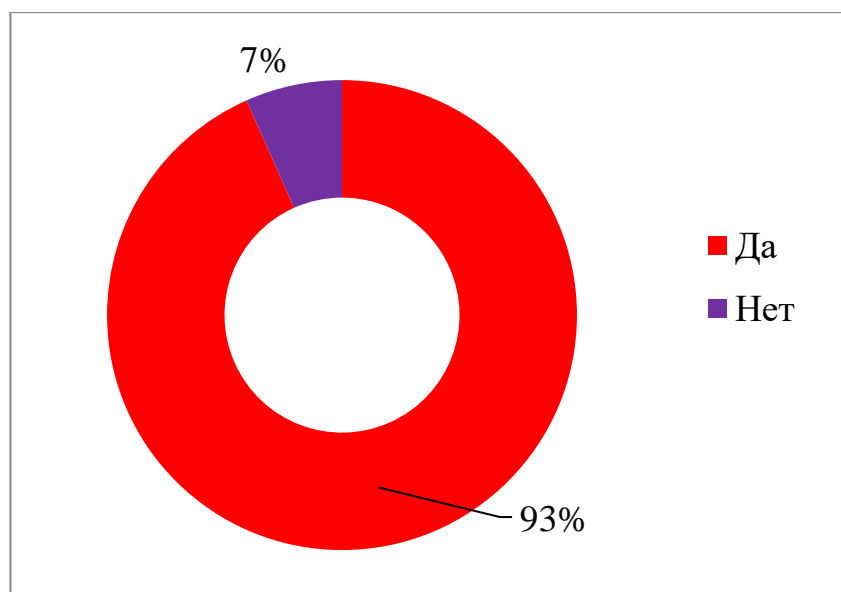


Рис.6. Знание о своём заболевании

Учитывая выводы анкетирования, в конечном итоге получаем то, что из тридцати опрошенных человек 97% знают о таком заболевании как «аллергозы», а 3% не имеют о нём представления. Другими словами, большая часть пациентов обладает некоторыми знаниями о сути болезни и о принципе ее протекания (Рис.7. Знание об острых).

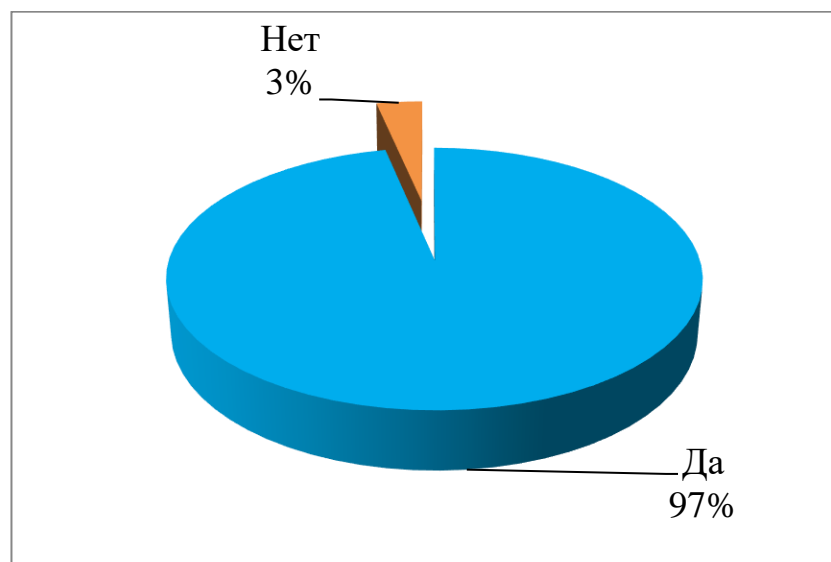


Рис.7. Знание об острых аллергиях

Источник данных о заболевании: 63% узнали о данном заболевании из средств массовой информации, 23% – от родственников или друзей, и по 7% приходится на медицинских работников и другие средства информации. Как можно увидеть в результате, значительная часть больных приобрела знания о болезни из различных источников массовой информации (Рис.8. Источник данных о заболевании).

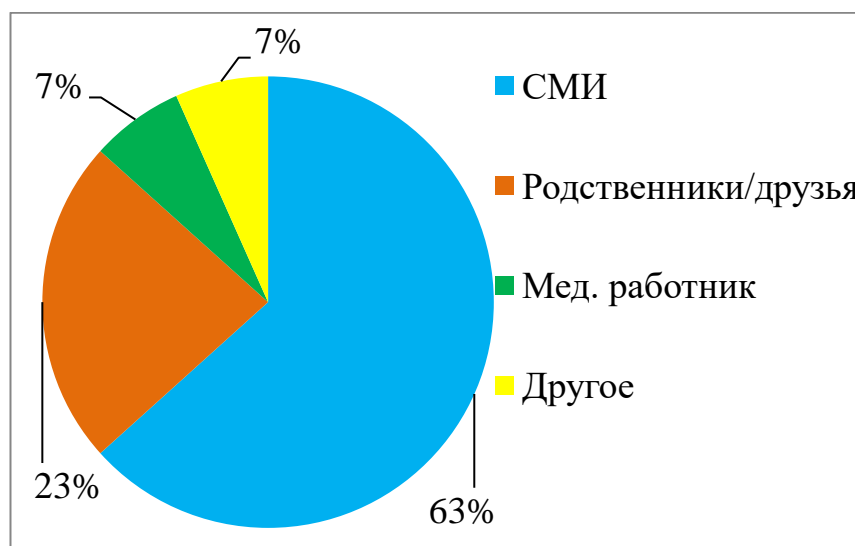


Рис.8. Источник данных о заболевании

На вопрос о наследственной предрасположенности к аллергическим реакциям 90% пациентов ответили, что имеют родственников с аллергической патологией, а 10% дали отрицательный ответ. Из этого следует вывод о том, что наследственность чаще всего выступает фактором, дающим старт к развитию острых аллергозов (Рис.9. Наследственная предрасположенность).

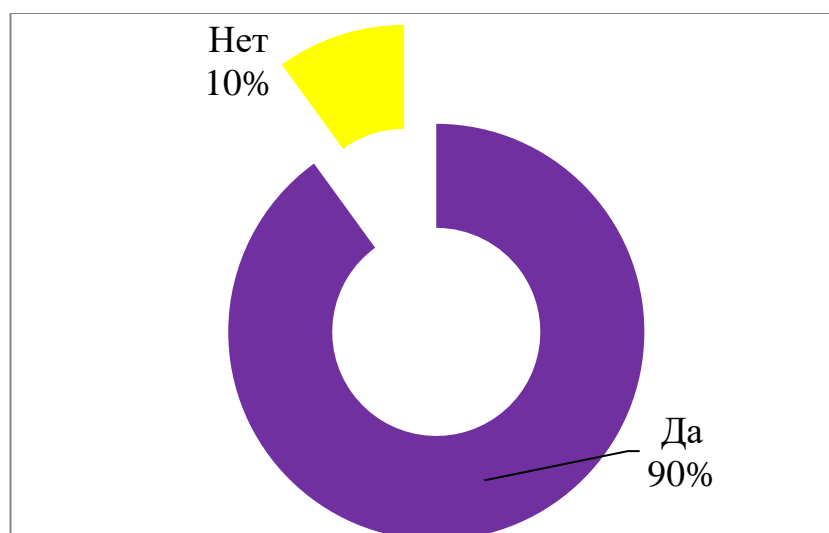


Рис.9. Наследственная предрасположенность

Согласно полученным в ходе анкетирования данным, крапивницей страдают 47% респондентов, отеком Квинке – 44%, анафилактическим шоком – 9%. Это говорит о том, что преобладающими заболеваниями у пациентов являются крапивница и отек Квинке (Рис.10. Виды острых аллергозов).



Рис.10. Виды острых аллергозов

Из тридцати опрошенных 47% отмечают, что основным видом аллергена, послужившим началу заболевания, является пищевая продукция, 27% указывают на укусы насекомых как на основную причину развития острого состояния, а по 13% соответственно приходится на лекарственные препараты и другие виды аллергенов. Исходя из вышеперечисленного, делаем вывод, что в подавляющем большинстве именно пищевые продукты дают старт к развитию данного неотложного состояния (Рис.11. Основные виды аллергенов).



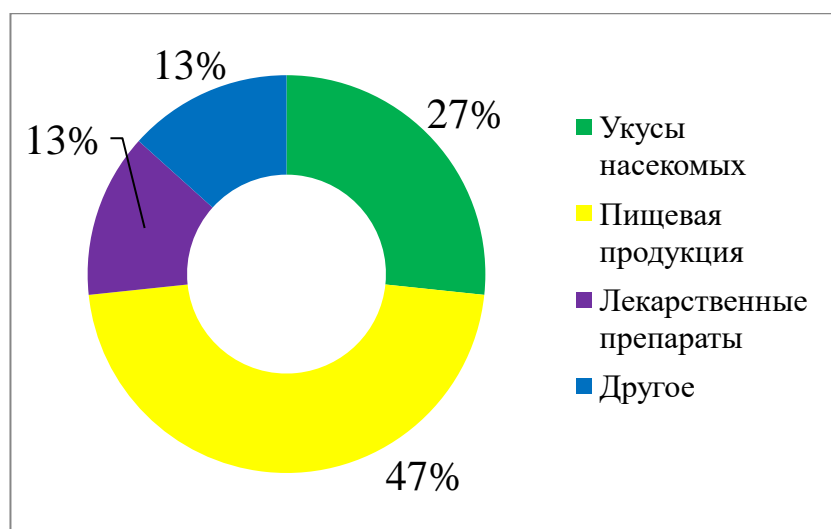


Рис.11. Основные виды аллергенов

Из результатов анкетирования стало известно, что у 26% опрошенных ранее уже появлялось подобное острое состояние, а у 55% больных аллергические проявления протекали в легкой форме. У оставшихся 19% никогда ранее не возникало аллергических реакций. (Рис.12. Проявления аллергии ранее).

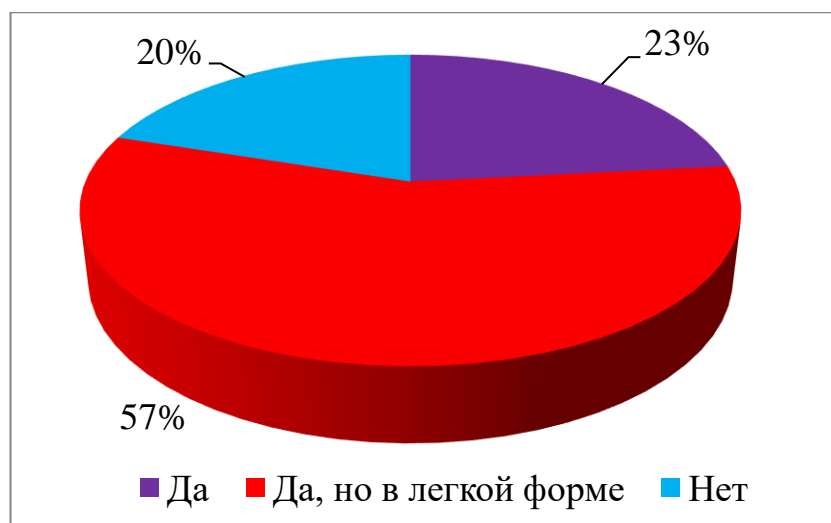


Рис.12. Проявления аллергии ранее

Из списка основных проблем, беспокоящих больных, по 30% приходится на зуд и высыпания, по 10% – на жжение и другие проявления, а оставшиеся 20% – на отек. (Рис.13. Основные проявления заболевания).

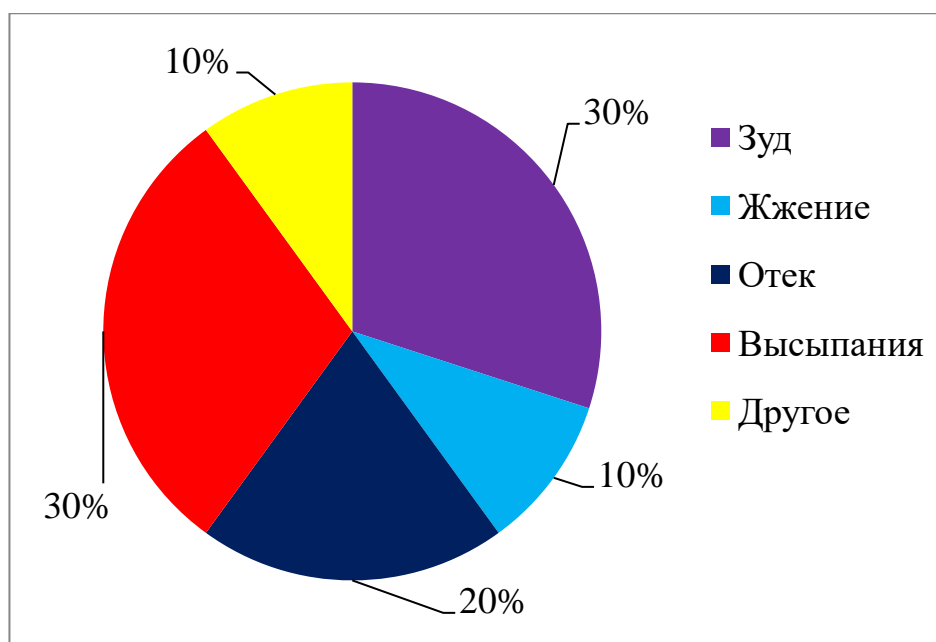


Рис.13. Основные проявления заболевания

По итогам ответов на данный вопрос, можно сделать вывод о том, что 67% опрошенных в ходе лечения принимали лекарственные средства, 23% придерживались диеты, 3% соблюдали чистоту, а оставшиеся 7% не выполняли указанных рекомендаций (Рис.14. Рекомендации в ходе лечения).

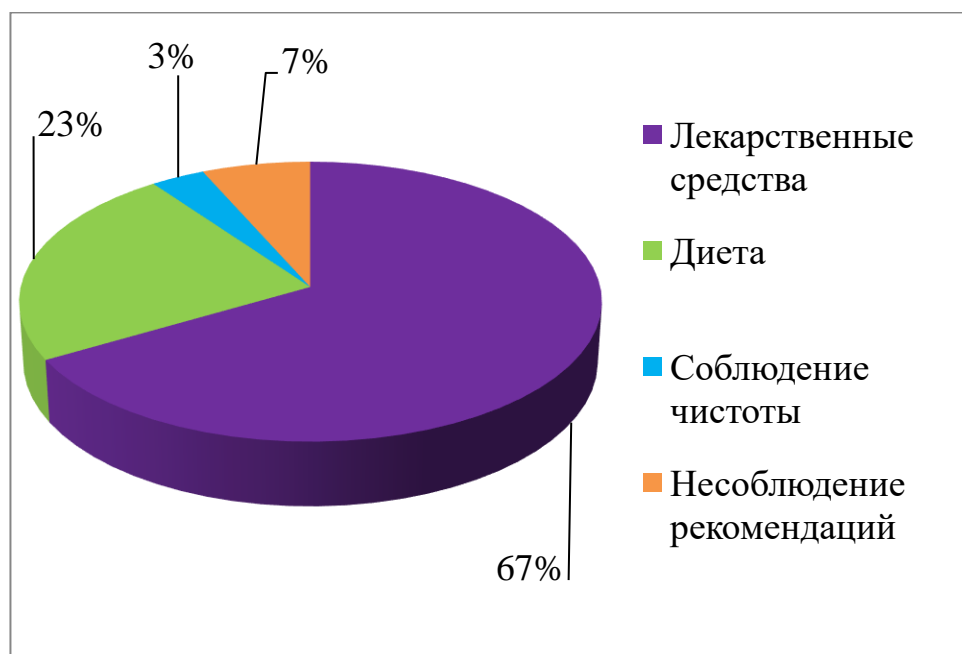


Рис.14. Рекомендации в ходе лечения

В силу полученных результатов, приходим к выводу, что поддержку близких людей ощущают 77% опрошенных пациентов. Не ощущают же ее в

23% случаев, в основном это вдовствующие пациенты (Рис.15. Поддержка родных близких).

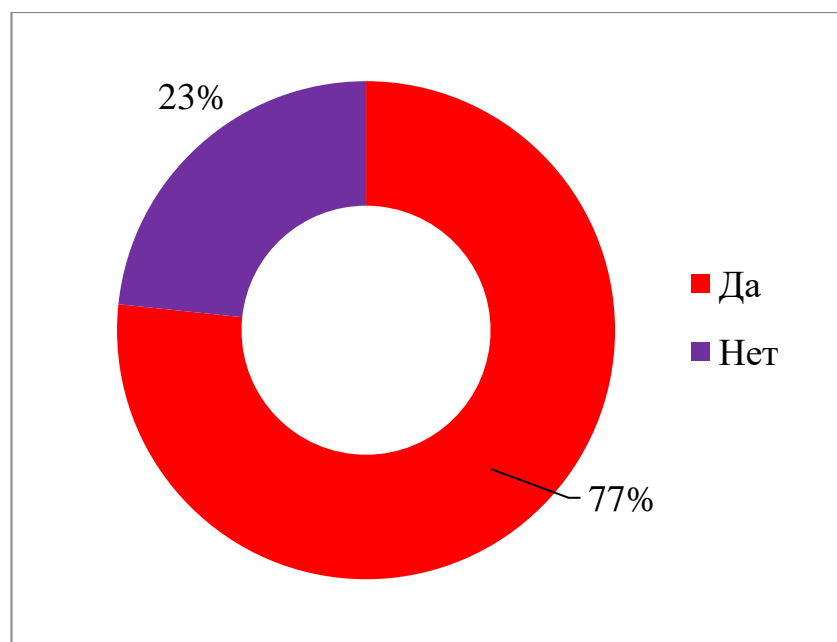


Рис.15. Поддержка родных близких

Регулярно наблюдаются у лечащего врача 30% опрошенных, 63% пациентов обращаются лишь при ухудшении состояния, а 7% вообще не посещают специалиста. Как следует из этого, в большинстве случаев больные люди безответственно относятся к своему заболеванию и здоровью (Рис.16. Регулярность посещения врача).

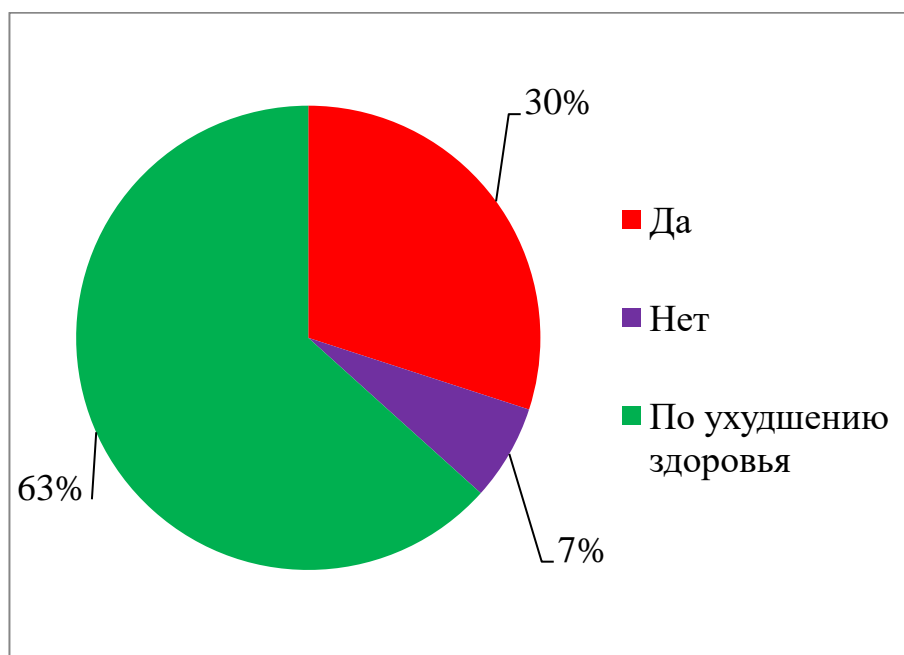


Рис.16. Регулярность посещения врача

По итогам ответов на данный вопрос можно сделать вывод о том, что 60% процентов пациентов ранее уже обращались к аллергологу, а 40% ни разу не посещали данного специалиста (Рис.17. Обращение к аллергологу ранее).

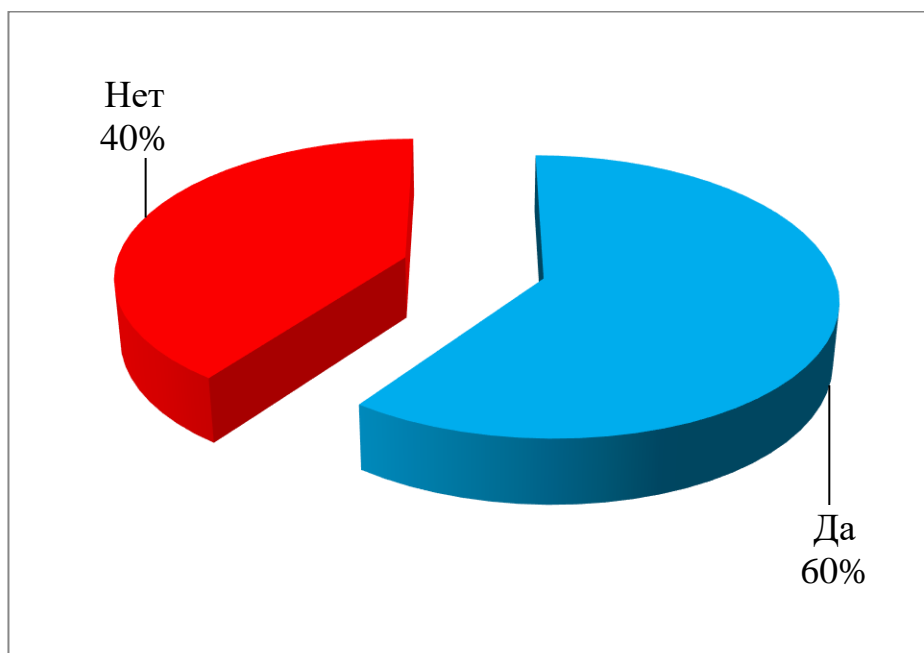


Рис.17. Обращение к аллергологу ранее

Большинство опрошенных больных (90%) считают, что в их жизни стрессы встречаются часто, а 10% больных уверены, что подвергаются стрессу намного реже. Эти данные говорят о том, что стресс может являться пусковым механизмом в развитии данного заболевания (Рис.18. Наличие стрессов в жизни).

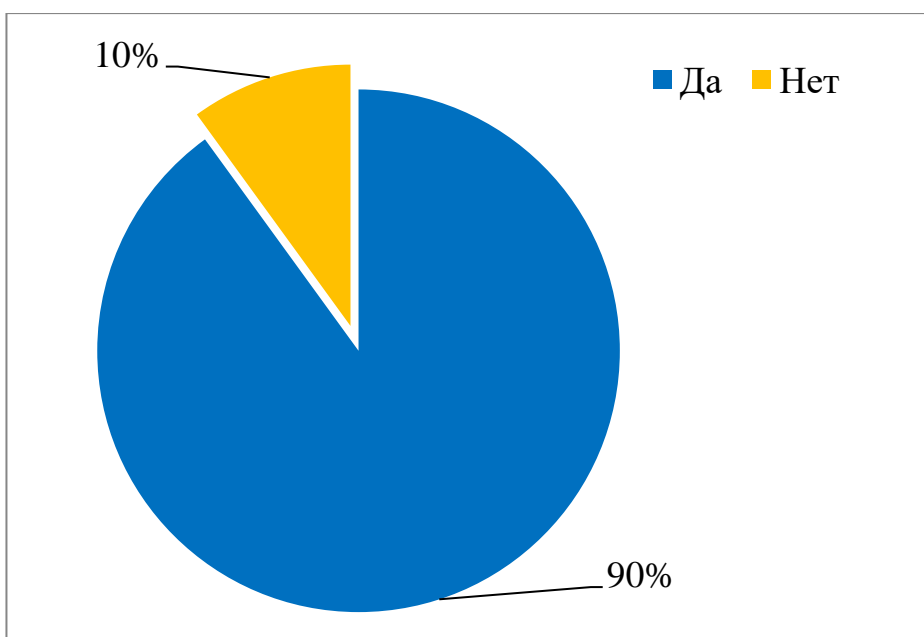


Рис.18. Наличие стрессов в жизни

Согласно результатам анкетирования, такую вредную привычку как курение имеют 37% опрошенных, а доля некурящих пациентов составляет 63%. То есть, имеем данные о том, что процент не курящих пациентов значительно превышает процент курящих (Рис.19. Курение).

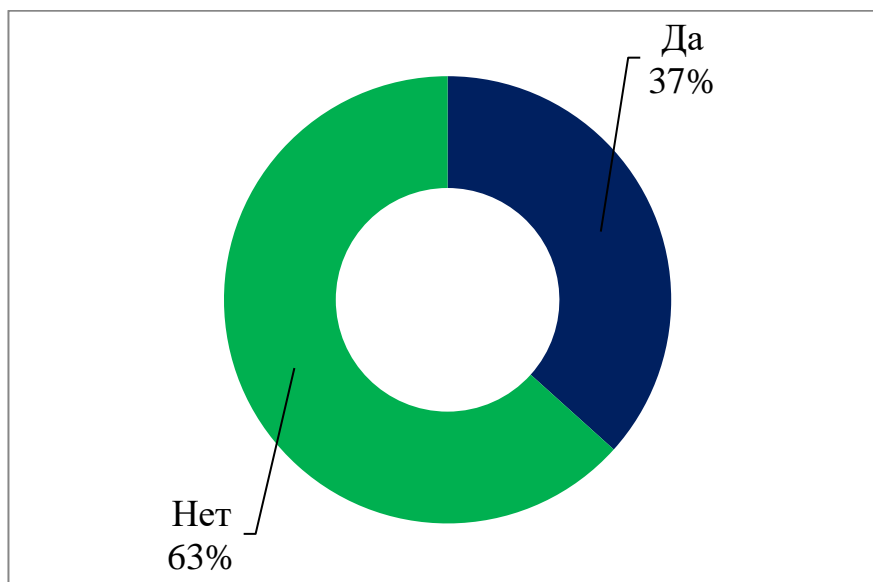


Рис.19. Курение

По результатам анкетирования, подавляющее большинство опрошенных (56%) редко употребляет алкоголь, 17% систематически его потребляет, а 27% категорически против алкоголя. Из этого следует вывод о том, что процент людей, не злоупотребляющих алкогольными напитками, превышает процент больных, выпивающих постоянно (Рис.20. Употребление алкоголя).

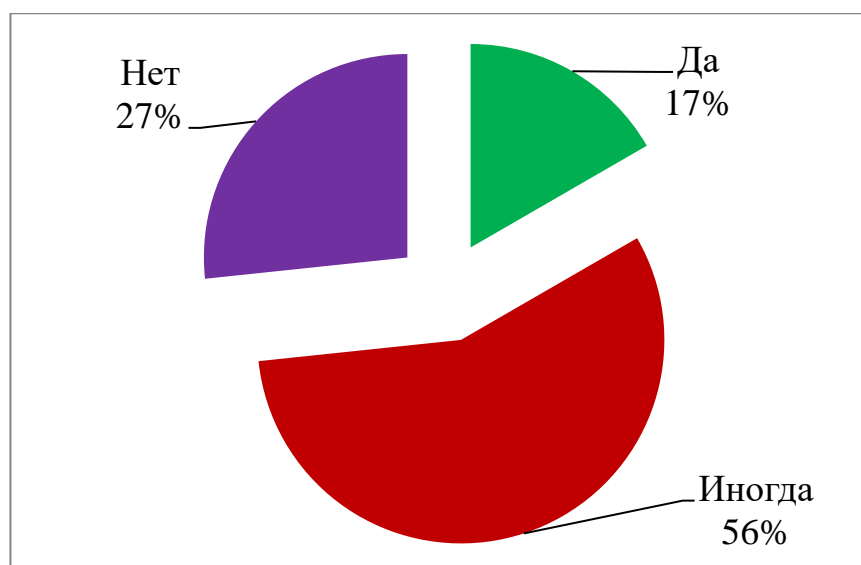


Рис.20. Употребление алкоголя

На вопрос о занятии спортом преимущественное количество больных ответили отрицательно (73%), и лишь 27% ответили положительно. В соответствии с этими данными, делаем вывод, что большинство больных ведут малоподвижный образ жизни, а это отрицательно сказывается на состоянии их здоровья (Рис.21. Занятие спортом).

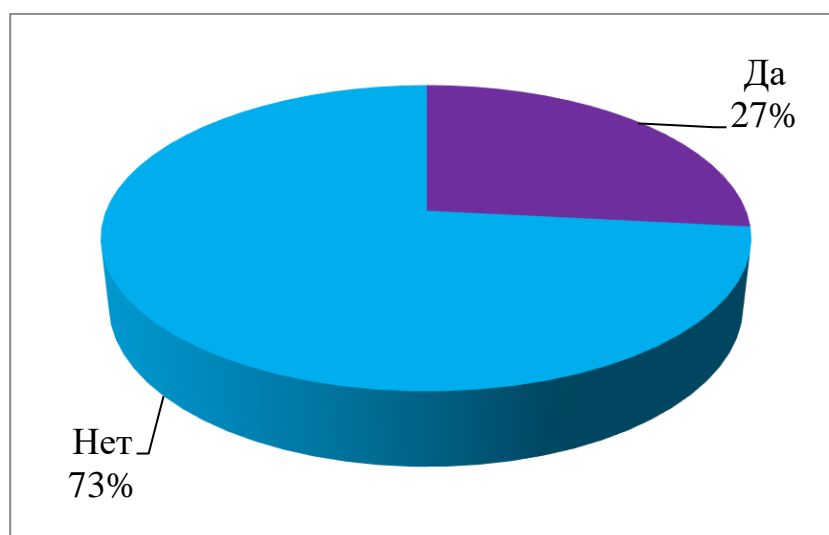


Рис.21. Занятие спортом

Поскольку доли опрошенных постоянно и изредка контактирующих с аллергенами составляют 53% и 27% соответственно, а доля не связанных с аллергенами всего лишь 20%, можно сделать вывод, что у подверженных

контакту с раздражителем пациентов увеличивается риск проявления острых аллергозов (Рис.22. Контакт с аллергенами).

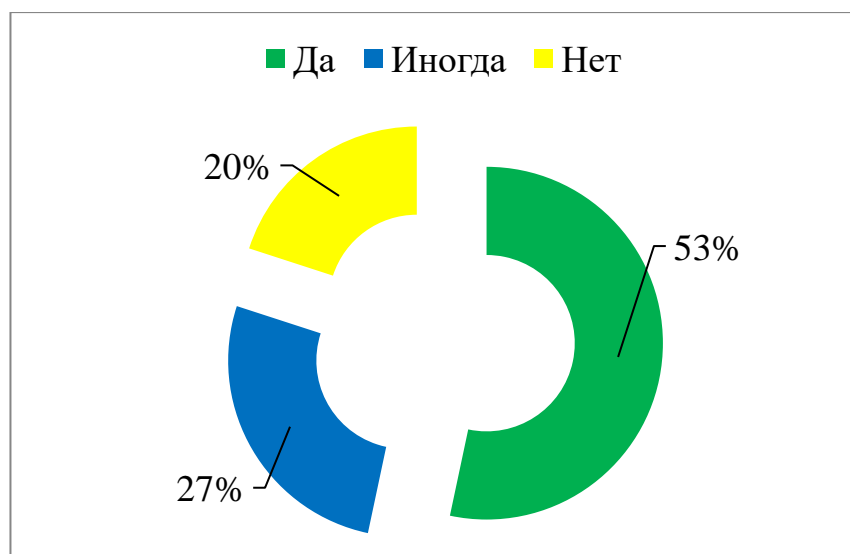


Рис.22. Контакт с аллергенами

Согласно данным, полученным в результате анкетирования, можно прийти к выводу, что процентное соотношение соблюдающих и не соблюдающих аллергенную безопасность жилища, рабочего места и пр. составляет 50% соответственно (Рис.23. Аллергенная безоп).

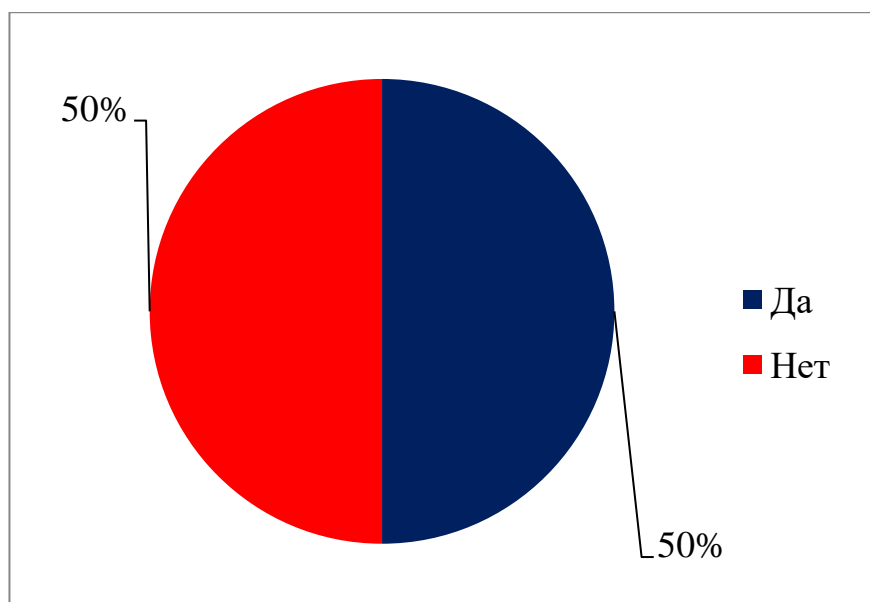


Рис.23. Аллергенная безопасность

Исходя из полученных результатов, делаем вывод, что подавляющее большинство анкетироваемых, а именно 72%, страдают хроническими

заболеваниями ЛОР – органов. Оставшиеся 28% утверждают, что не имеют сопутствующих хронических патологий данного профиля (Рис.24. Хронические заболевания ЛОР – органов).

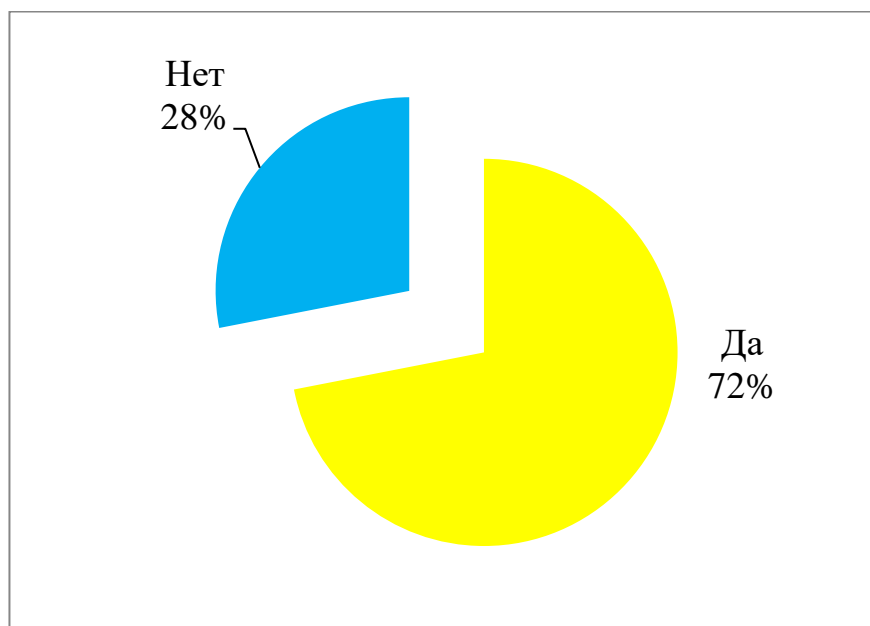


Рис.24. Хронические заболевания ЛОР – органов

За прошедший год из респондентов в поликлинику обращались 1-2 раза 27% больных, 3-5 раз – 20%, более 5 раз – 13%, а не обращались в поликлинику 40%. В силу полученных данных, получаем данный результат: самый большой процент – у больных, не прибегающих к услугам врача по поводу заболевания (Рис.25. Количество обращений в поликлинику за последний год).

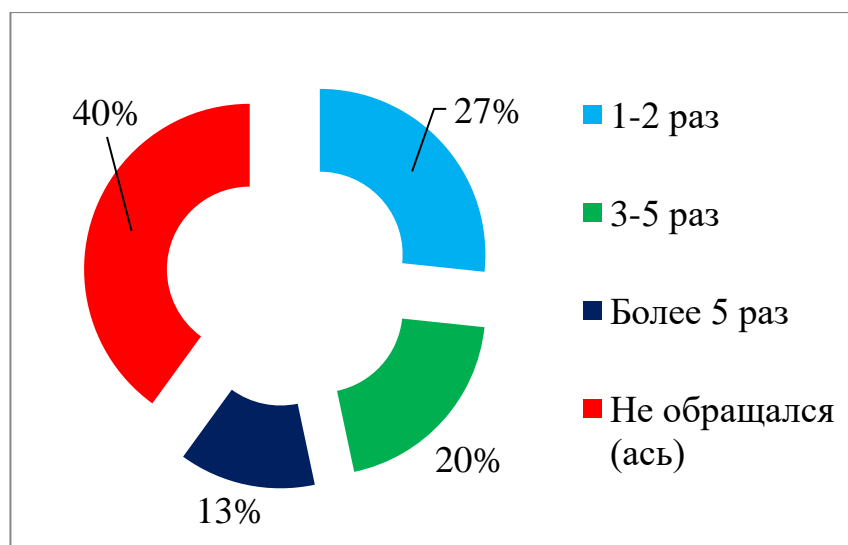


Рис.25. Количество обращений в поликлинику за последний год



На вопрос о ежегодном диспансерном наблюдении 60% анкетированных ответили отрицательно, а 40% каждый год проходят дополнительные обследования. По итогам ответов на данный вопрос, приходим к выводу, что значительная часть опрошенных не проходит ежегодную диспансеризацию (Рис.26. Прохождение ежегодного диспансерного наблюдения).

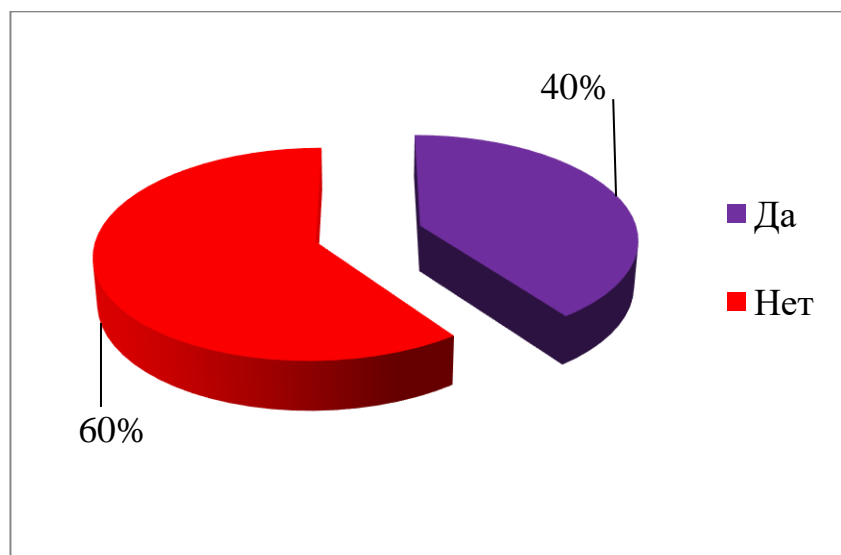


Рис.26. Прохождение ежегодного диспансерного наблюдения

Согласно данным, полученным в результате анкетирования, приходим к выводу о том, что всего 37% опрошенных не держат домашних животных, а у 63% дома имеются питомцы, что может негативно сказаться на окружающей аллергенной обстановке больного (Рис.27. Наличие домашних животных).

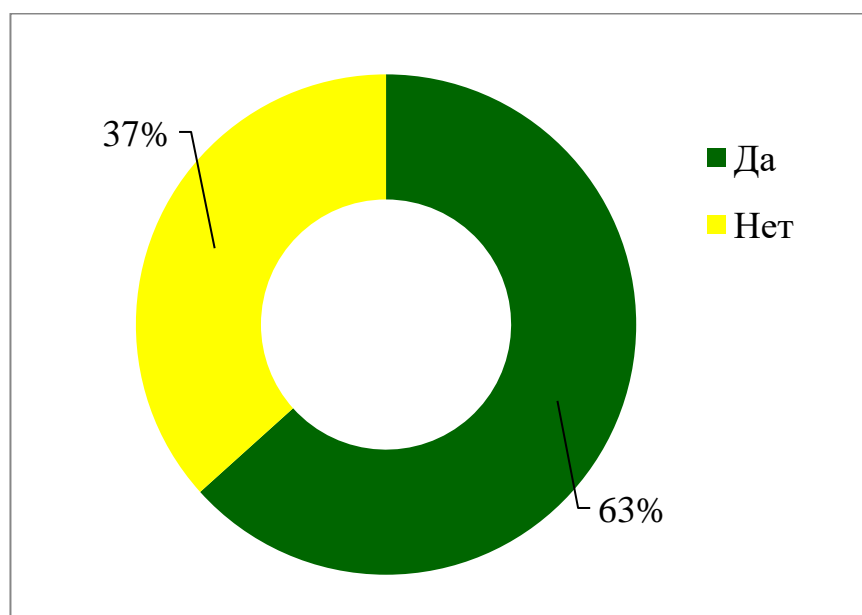


Рис.27. Наличие домашних животных

Согласно анкетированию, из тридцати опрошенных 60% проводились пробы на аллергены, а 40% не проходили данную процедуру. Поэтому приходим к выводу, что подавляющая часть респондентов подвергались этим мероприятиям (Рис.28. Пробы на аллергены).

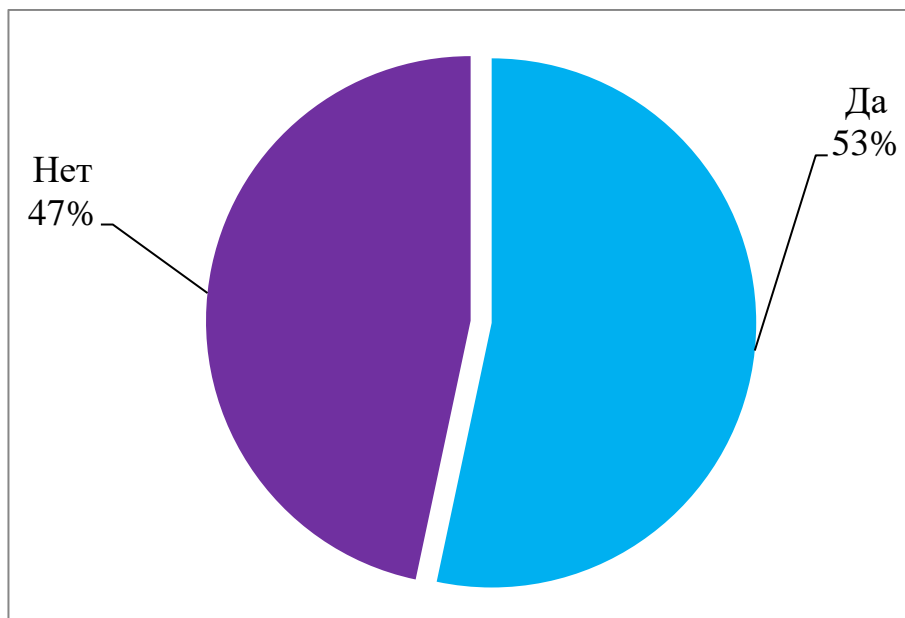


Рис.28. Пробы на аллергены

Учитывая итоги анкетирования, получаем вывод, что аллерген-специфическая иммунотерапия проводилась 60% анкетировуемых, то есть, большему процентному количеству в сравнении с пациентами, которым данная терапия не проводилась (их, как видим, всего 40%) (Рис.29. Проведение аллерген-специфической иммунотерапии).

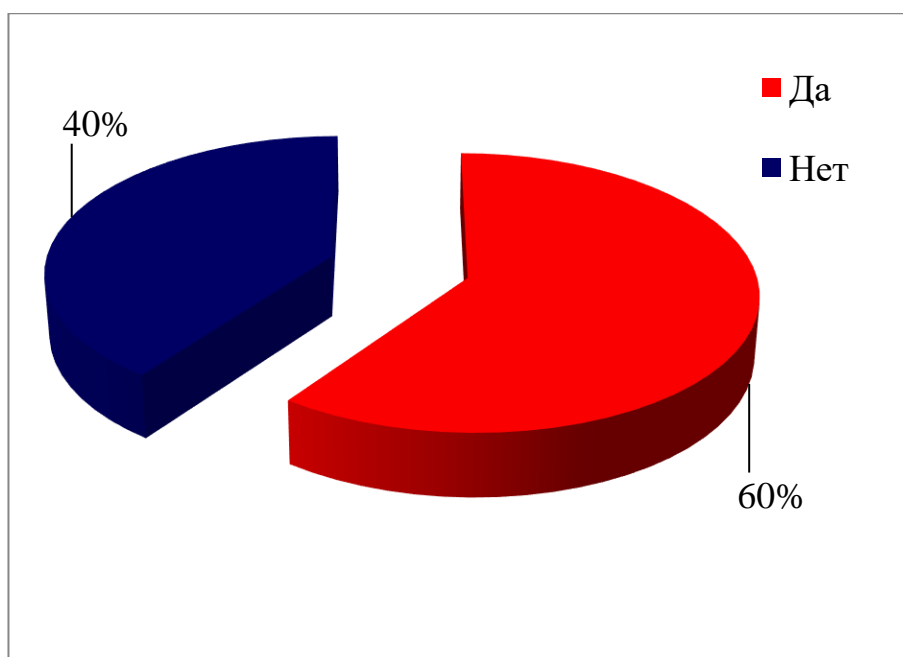


Рис.29. Проведение аллерген-специфической иммунотерапии

Принимая во внимание результаты анкетирования, приходим к выводу, что 60% опрошенных оценивают свое состояние как удовлетворительное, 23% как хорошее, а 17% – плохое (Рис.30. Оценка состояния здоровья).

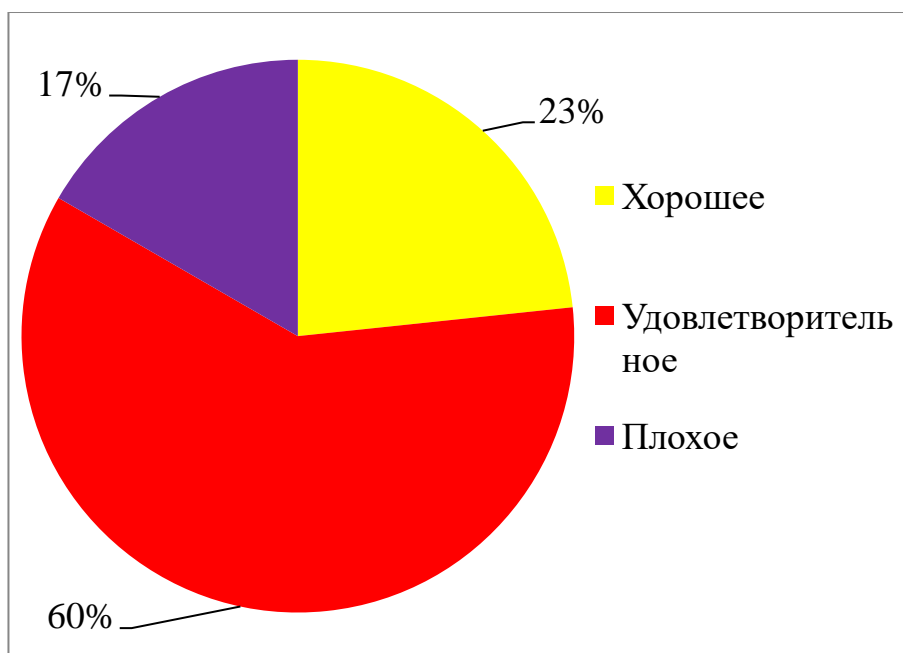


Рис.30. Оценка состояния здоровья

Исходя из полученных данных анкетирования, приобретаем такой результат: большинство опрошенных (93%) выказали свое полное доверие к медицинскому персоналу и его работе. 4% же выразили только частичное

доверие. Оставшиеся 3% не доверяют медицинским работникам (Рис.31. Степень доверия медицинскому персоналу).

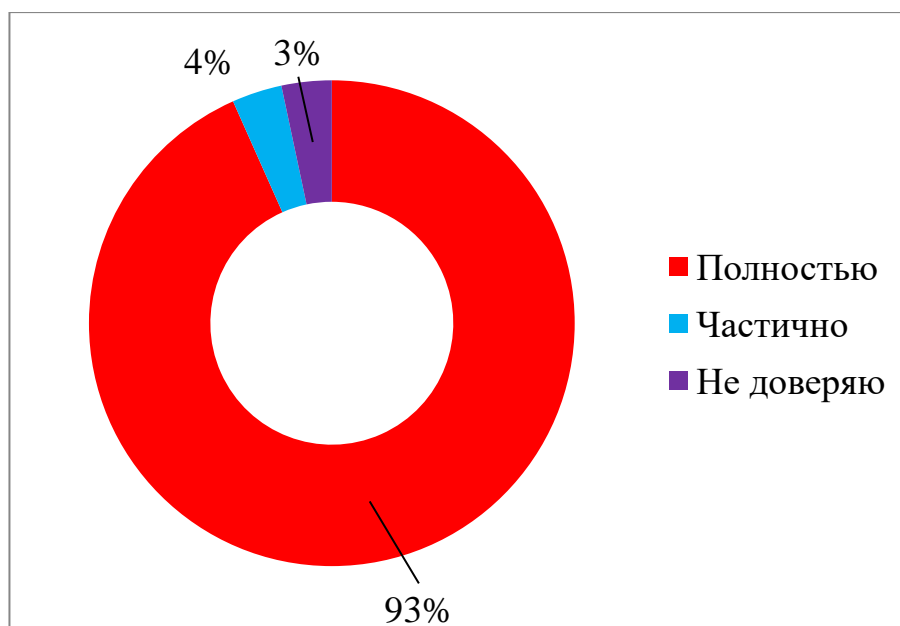


Рис.31. Степень доверия медицинскому персоналу

На вопрос об отношении медицинского персонала к больным большая часть анкетированных (77%) оценила отношение как хорошее. На удовлетворительную оценку пришлось 20%, а на не удовлетворительную всего 3% (Рис.32. Отношение медицинского персонала).



Рис.32. Отношение медицинского персонала

Как следует из полученных результатов, подавляющая часть (87%) анкетированных оказалась полностью удовлетворена медицинской помощью, 10% частично удовлетворена, а 3% остались не удовлетворены (Рис.33. Степень удовлетворенности медицинской помощью).

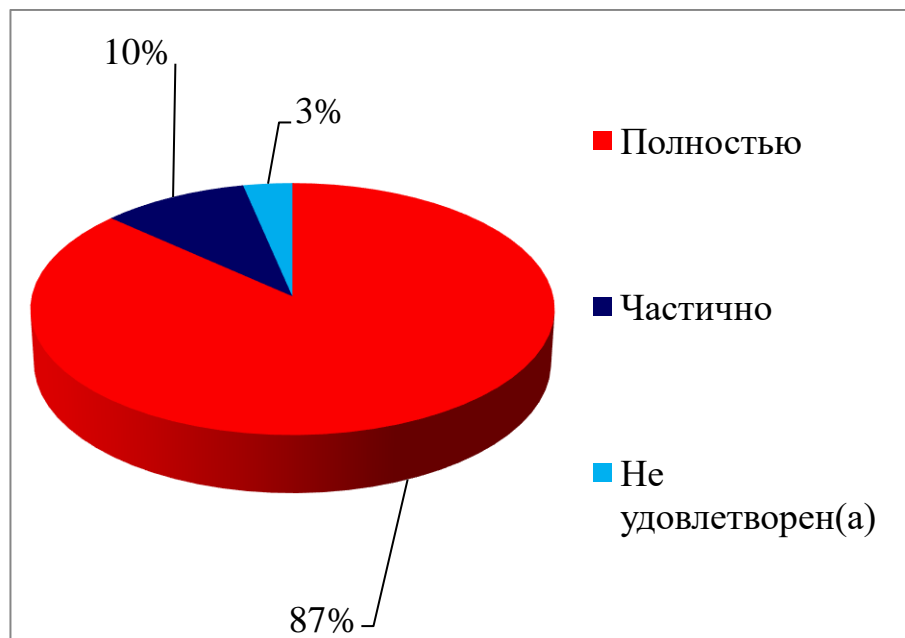


Рис.33. Степень удовлетворенности медицинской помощью

На вопрос «Как вы относитесь к созданию «Школы здоровья» положительно ответили 93% опрошенных, 7% затрудняются ответить. На вопрос «Посещали бы Вы «Школу здоровья»?», большинство, а именно 84% пациентов ответили утвердительное «Да» (Рис.34. Создание и желание посещать школу здоровья).

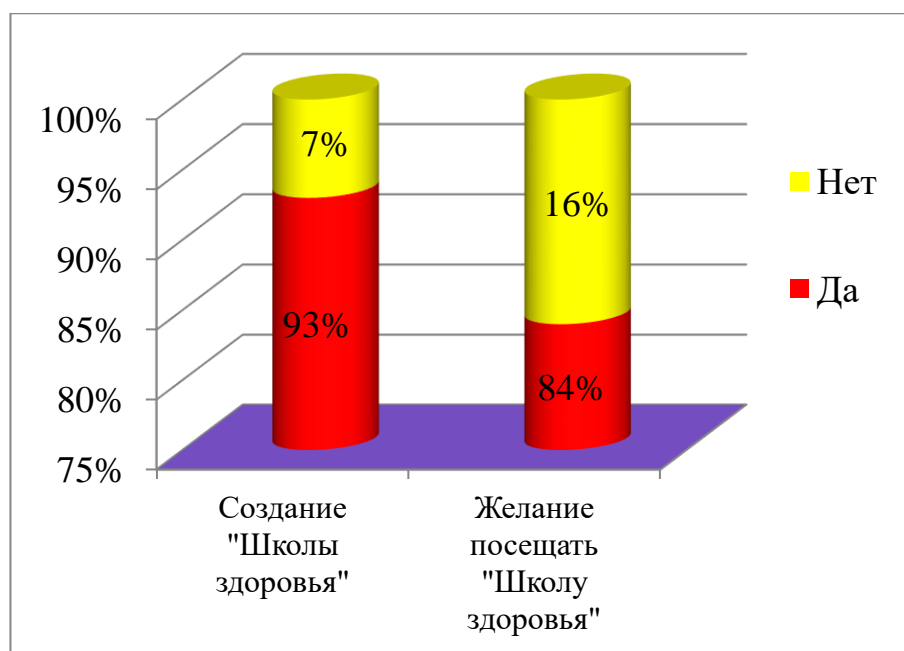


Рис.34. Создание и желание посещать школу здоровья

### Выводы

В результате проведенного исследования было установлено, что острые аллергозы чаще всего наблюдаются у женщин (70%), преимущественно трудоспособного возраста (80%), проживающих в городе (73%), в основном без вредных привычек (63%), с наследственной предрасположенностью к аллергическим реакциям (90%), у которых аллергическая реакция появлялась на пищевые продукты (47%), укусы насекомых (27%), лекарственные препараты (13%) и проявлялась чаще в виде отека Квинке (44%) и крапивницы (47%). Большинство из них имеют ЛОР патологию (72%), наблюдаются у аллерголога и часть из них получила специфическую иммунотерапию (60%); так же большинство из них положительно высказались за создание «Школы здоровья» (93%) и охотно посещали бы ее (84%).

## 2.2. Рекомендации для профилактики острых аллергозов

Рекомендации для пациентов склонных к аллергическим реакциям:

1. Исключить из рациона продукты с возможным аллергическим механизмом действия.

2. Соблюдать режим труда и отдыха.
3. Внимательно следить за аллергологической обстановкой на рабочем месте и в быту.
4. Исключение контакта с неспецифическими раздражителями (табачным дымом, пылью растений и др.), а так же факторами профессиональной вредности.
5. Исключить вредные привычки.
6. Планово посещать врача-аллерголога и других специалистов для слежения за состоянием своего здоровья, а так же немедленно обращаться к врачу при начальных проявлениях аллергических реакций.
7. Проводить любые диагностические и лечебные мероприятия (провокационные и кожные пробы) только в специализированных поликлиниках и кабинетах под обязательным контролем врача аллерголога-иммунолога.

Рекомендации средним медработникам для профилактики аллергических реакций:

1. Предлагать внедрять школы для обучения пациентов с аллергиями.
2. Ежегодно проходить проверку на умение определять ранние проявления аллергозов.
3. Перед проведением инъекций обязательно уточнять у пациента наличие аллергии на какие-либо лекарственные средства.
4. Наблюдать за состоянием пациента во время введения и в течение не менее 5 минут после введения лекарственного средства.
5. Проводить санитарно-просветительскую работу среди больных об опасности самолечения.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Около 15-35% населения в развитых странах страдают аллергозами. Отмечается их рост, в связи с экологическим неблагополучием, социальными и семейными стрессами, неблагоприятными условиями жизни, неправильным питанием, вредными привычками и т.д.

По данным ВОЗ аллергические заболевания по распространенности занимают третье место. По результатам эпидемиологических исследований около 10-30% населения страдает аллергией. Через 20 лет аллергией будет страдать уже около 50% населения. Распространенность аллергии в мире – от 10 до 30%.

Аллергозы являются одними из наиболее часто встречающихся заболеваний. В связи с этим необходимо при первых же симптомах обращаться за медицинской помощью, поскольку в некоторых случаях неправильное лечение может привести к летальному исходу.

Изучив необходимую литературу, можно прийти к выводу, что знание факторов риска и клиники, а также правильная тактика оказания неотложной помощи позволяют предупредить развитие необратимых последствий острых аллергозов.

Помимо этого, необходимо детальное разрешение проблем помощи фельдшера на догоспитальном этапе, так как в своей практической деятельности медицинский работник часто сталкивается с различными проявлениями аллергозов, и в это случае на его плечи ложится большая ответственность. При данных обстоятельствах действия фельдшера требуют быстроты их выполнения, поскольку нужно немедленно найти причину аллергии и устранить ее во избежание риска развития угрозы для жизни и здоровья человека.

В результате исследовательской работы все поставленные задачи были выполнены:



1. Изучены и проанализированы литературные и другие источники информации по данной теме.
2. Была дана характеристика понятию «острые аллергозы».
3. С помощью анкетирования больных с острыми аллергозами были выявлены основные факторы риска возникновения и развития заболевания у больных терапевтического отделения, а так же их влияние на тяжесть заболевания.
4. Было изучено влияние социально-демографических факторов на тяжесть течения заболевания больных острыми аллергозами.
5. Были выявлены особенности профессиональной деятельности фельдшера при острых аллергозах.
6. Выявлено отношение пациентов к открытию «Школы здоровья»;
7. Даны предложения больным с аллергическими патологиями для снижения вероятности развития острых аллергозов, а так же средним медработникам по проблемам правильности оказания неотложной медицинской помощи при данном состоянии.

## СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ

1. Адо А.Д., Общая аллергология [Текст] : учебное пособие для студентов медицинских вузов и колледжей / А. Д. Адо. – М. : Издательство «Э», 2018. – 428 с.
2. Астафьева Н.Г., Лекарственная аллергия [Текст] : справочник фельдшера / Н. Г. Астафьева, Л. А. Горячкина. – 2-е изд., доп. и перераб. – М. : Медицина, 2015. – 705 с.
3. Верткин А.Л., Неотложная медицинская помощь на догоспитальном этапе [Текст] : учебник / А. Л. Вёрткин, Л. А. Алексанян, М. В. Балабанова и др.; под ред. А. Л. Верткина. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 544 с.
4. Верткин А.Л., Скорая медицинская помощь: руководство для фельдшеров [Текст] : учебное пособие / А. Л. Верткин. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 400 с.
5. Дитятковская Е.М., Аллергология и иммунология [Текст] : учебник / Е. М. Дитятковская, И. В. Василевская, Л. А. Кийко. – М. : Видар-М, 2017. – 144 с.
6. Дранник Г.Н., Клиническая иммунология и аллергология [Текст] : методическое пособие / Г. Н. Дранник. – М. : Медицина, 2016. – 604 с.
7. Инькова А.Н., Справочник врача скорой и неотложной медицинской помощи [Текст] : практическое руководство для врачей и фельдшеров / А. Н. Инькова. – Ростов – н/Д : «Феникс», 2017. – 137 с.
8. Мистюкевич И.И., Неотложные состояния в клинике внутренних болезней [Текст] : учебно-методическое пособие / И. И. Мистюкевич, Е. Г. Малаева, С. А. Ходулева. – Гомель : ГомГМУ, 2017. – 82 с.
9. Онойко Н.Ю., Аллергия: учебник [Текст] / Н. Ю. Онойко. – М. : Ювента, 2017. – 34 с.
10. Прамсыцкий О.Т., Анафилактический шок [Текст] : учебно-методическое пособие / О. Т. Прамсыцкий, И. З. Ялонецкий. – Минск : БГМУ, 2015.

## **ПРИЛОЖЕНИЕ**

### Анкета

1. Ваш пол: М, Ж.
2. Ваш возраст: До 30 лет, От 30 до 40 лет, От 40 до 50 лет, От 50 и старше.
3. Вы проживаете: В городе, В сельской местности.
4. Вы проживаете: В квартире, В своем доме.
5. Семейное положение: В браке, В разводе, Вдова/вдовец, Одинок (а).
6. Ваше социальное положение: Работаю, Пенсионер, Инвалид, Безработный (ая).
7. Знаете ли Вы, какое у Вас заболевание? Да, Нет.
8. Знаете ли Вы, что такое аллергия? Да, Нет.
9. Если знаете, укажите источник, из которого Вы выяснили, что такое аллергия:  
Из СМИ, От родственников или друзей, От медработника, Другое (указать) \_\_\_\_\_
10. У Вас есть родственники с той или иной аллергической патологией? Да, Нет.
11. Какой вид аллергоза наблюдается у Вас?  
Крапивница, Отек Квинке, Анафилактический шок.
12. Бывали ли у Вас раньше подобные проявления аллергии?  
Да, Да, но в легкой форме, Нет, это впервые.
13. Какой вид аллергена вызвал у Вас данное острое состояние?  
Укус насекомого, Лекарственный препарат, Пищевая продукция, Другое.
14. Какие основные проблемы Вас беспокоят (жжение, высыпания, зуд, отеки, затрудненное дыхание и др.)?  
\_\_\_\_\_
15. Какие мероприятия были Вам рекомендованы в процессе лечения заболевания?  
Прием лекарственных средств, Соблюдение диеты, Соблюдение чистоты в доме, Не придерживаюсь схемы лечения.

16. Ощущаете ли Вы поддержку близких? Да, Нет.
17. Регулярно ли Вы посещаете врача? Да, Нет, По ухудшению здоровья.
18. Вы раньше обращались к аллергологу? Да, Нет.
19. У Вас бывают стрессовые ситуации в семье, на работе и др.? Да, Нет.
20. Вы курите? Да, Нет, Иногда.
21. Вы употребляете алкоголь? Да, Нет, Иногда.
22. Занимаетесь ли Вы спортом? Да, Нет.
23. Связана ли Ваша работа/повседневная жизнь с контактом с аллергенами (пыльца, пыль, производственные аллергены и пр.)? Да, Нет, Иногда бывает.
24. Поддерживаете ли Вы аллергенную безопасность жилища, рабочего места и др.? Да, Нет.
25. Чем Вы объясняете данное ухудшение состояния своего здоровья?  
Плохой экологией, Несоблюдением режима труда и отдыха, стрессами, Наследственностью, Другое (укажите)\_\_\_\_\_
26. Вы болеете хроническим гайморитом, ринитом, конъюнктивитом? Да, Нет.
27. Если да, Вы наблюдаетесь у ЛОР-врача, окулиста по этому поводу? Да, Нет.
28. Сколько раз за последний год вы обращались в поликлинику по поводу своего заболевания? Не обращался (ась), 1-2 раза, 3-5 раз, Более 5 раз.
29. Проходите ли Вы ежегодное диспансерное обследование? Да, Нет.
30. В доме у Вас проживают какие-нибудь животные (кошки, собаки, аквариумные рыбки, попугаи и т.д.)? Да, Нет.
31. Вам ставили пробы на аллергены? Да, Нет.
32. Если Вам ставили пробы, то на что у Вас была выявлена аллергия? (указать):\_\_\_\_\_
33. Вам проводилась аллерген-специфическая иммунотерапия у аллерголога?  
Да, Нет.
34. Как Вы оцениваете состояние своего здоровья?  
Хорошее, Удовлетворительное, Плохое.
35. Какая степень доверия к медицинскому персоналу сложилась у Вас в процессе лечения? Доверяю полностью, Доверяю частично, Не доверяю.

36. Как вы оцениваете отношение медицинского персонала к Вам и другим пациентам?

Хорошее, Удовлетворительное, Не удовлетворительное.

37. Укажите степень Вашей удовлетворенности от оказанной Вам медицинской помощи:

Полностью удовлетворен (а), Частично удовлетворен (а), Не удовлетворен (а).

38. Как Вы относитесь к созданию в больнице «Школы здоровья»?

Положительно, Отрицательно, Нейтрально.

39. Вы бы ее посещали? Да, Нет.

Спасибо за участие в анкетировании!